

症例報告書

申請者氏名 _____

動的治療開始時（ 歳 か月） 術前矯正終了時（ 歳 か月） 動的治療終了時（ 歳 か月）

顔 正面	顔 側面	顔 正面	顔 側面	顔 正面	顔 側面
------	------	------	------	------	------

注) アイマスク添付

右側面	正 面	左側面
-----	-----	-----

動的治療開始時

上顎咬合面	下顎咬合面
-------	-------

右側面	正 面	左側面
-----	-----	-----

術前矯正終了時

上顎咬合面	下顎咬合面
-------	-------

右側面	正 面	左側面
-----	-----	-----

動的治療終了時

上顎咬合面	下顎咬合面
-------	-------

申請者氏名_____

側面セファログラムトレース

※原寸大のトレースを記入してください。

側面頭部X線写真の重ね合わせ（全体）

SN at S

動的治療開始時	_____	歳	か月
術前矯正終了時	_____	歳	か月
動的治療終了時	_____	歳	か月

申請者氏名_____

側面セファログラムトレース

※原寸大のトレースを記入してください。

側面頭部X線写真の重ね合わせ（上顎骨・下顎骨）

上顎重ね合わせ

ANS-PNS at ANS

Mand. plane at Me.

下顎重ね合わせ

動的治療開始時	_____	歳	か月
術前矯正終了時	_____	歳	か月
動的治療終了時	_____	歳	か月

申請者氏名_____

正面セファログラムトレース

※顔面非対称症例の時に加えてください。原寸大のトレースを記入してください。

正面頭部X線写真 動的治療開始時 （全体）

動的治療開始時 _____ 歳 か月

申請者氏名_____

正面セファログラムトレース

※顔面非対称症例の時に加えてください。原寸大のトレースを記入してください。

正面頭部X線写真 術前矯正終了時 （全体）

術前矯正終了時 _____ 歳 か月

申請者氏名_____

正面セファログラムトレース

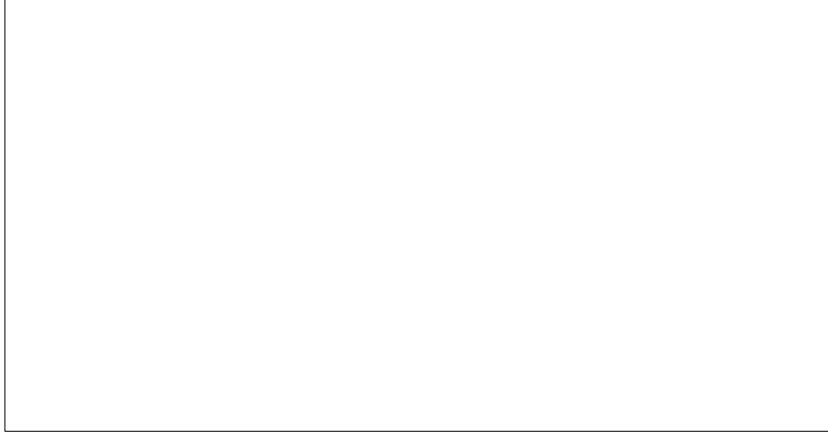
※顔面非対称症例の時に加えてください。原寸大のトレースを記入してください。

正面頭部X線写真 動的治療終了時（全体）

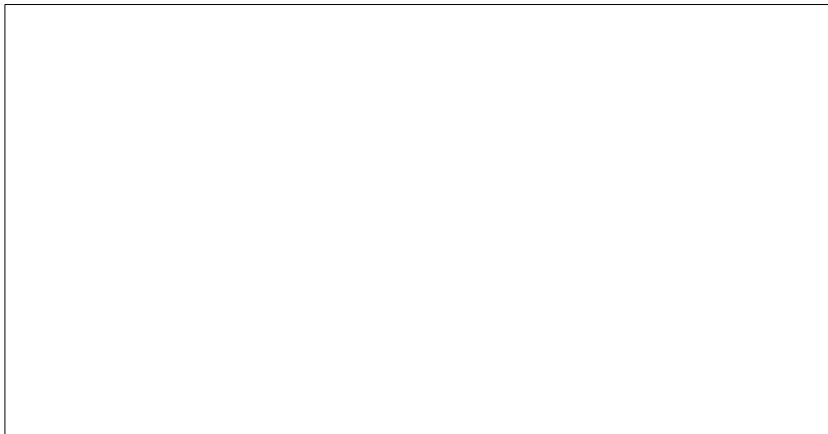
動的治療終了時 _____ 歳 か月

申請者氏名_____

動的治療開始時パノラマX線写真



術前矯正終了時パノラマX線写真



動的矯正終了時パノラマX線写真

